

# GAZETA LEKARSKA.

**Treść.** I. S. Zaleski. O ile doświadczenia Bonnet'a i jego następców mają racyję bytu w obec społecznego stanu arthropatologii. — II. B. Gepner. Dziesiąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego, za rok 1880. III. Wł. Matlakowski. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych. (Dokończenie). — *Dział sprawozdawczy:* 127. Kadzi. Kilka przypadków zboceń układu naczyniowego. — 128. Oidtmann. Nowy sposób wprowadzania powietrza do ucha średniego. — 129. Fischer. Uduśnienie się prymką podczas chloroformowania. — 130. Sawyer. O leczeniu białkomoczu za pomocą fuchsyny. — Wiadomości zagraniczne. — Odpowiedź od Redakcyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

## I. O ile doświadczenia Bonnet'a i jego następców mają racyję bytu w obec społecznego stanu arthropatologii<sup>1)</sup>.

Podał w streszczeniu z własnej oryginalnej pracy

**Stanisław Szczepan Zaleski.**

Szanowni Panowie! Doświadczenia Bonnet'a, wykonane po raz pierwszy przed laty z górą czterdziestu, polegają, jak zapewne Szanownym Panom wiadomo, na forsownem nastrzykiwaniu jam stawowych w celu wyświetlenia wielu zawiłych i niewytłumaczonych zjawisk klinicznych przy zapalnych cierpieniach stawów.

Rozpocząwszy szereg swoich doświadczeń od stawu kolanowego, nie miał Bonnet pierwotnie innego celu, jak tylko szczegółową dyagnostykę chelbotania, jakie wyczuwamy przy wypełnieniu tegoż stawu płynną patologiczną zawartością. Lecz zaraz z samego początku uderzył go fakt, zupełnie dotąd nieznan. W miarę wypełniania torebki płynem zaczęły końce stawowe kolana wykonywać swoiste ruchy, a po ukończeniu nastrzykiwania i wypełnieniu jamy stawowej do możliwie wysokiego stopnia, przyjęły nakoniec na pół zgięte położenie. Próbując wyprostować zgięte w podobny sposób kolano, lub też wywołać większy stopień zgięcia, spotkał Bonnet pewien opór, przy pokonywaniu którego następowało pęknięcie torebki stawowej.

Kilkakrotnie powtórzone doświadczenie — zawsze z jednakowym skutkiem — naprowadziło go na myśl, że położenie, przyjęte przez końce stawowe kolana pod wpływem sztucznego nastrzykiwania jego wnętrza, odpowiada naj-

<sup>1)</sup> Praca ta została przedstawioną na sekcyi Medycyny Zewnętrznej III Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników, wraz z demonstracją odpowiednich preparatów.



większej pojemności stawu. Fakt ten, ze wszech miar zasługujący na uwagę, zachęcił B o n n e t'a do powiększenia pierwotnego zakresu podobnych doświadczeń i wykonania ich na wszystkich większych stawach. Wszędzie otrzymano też same zjawiska, bo wszędzie, oprócz zmian w upostaciowaniu danego stawu, powstawały jednocześnie odpowiednie dla tegoż ruchy i zmiany w położeniach końców stawowych.

Zaraz po opublikowaniu doświadczeń, o których mowa, i porównaniu rezultatów z tem, czego dostarczyły we właściwym kierunku podjęte, a sumiennie przeprowadzone badania kliniczne, samodzielnem sprawdzeniem ich zajęli się naprzód G a r i n i P a r i s e, a następnie M a i s o n n e u v e i w ogólnym zarysie potwierdzili w zupełności zarówno fakty, jak i wnioski swojego poprzednika. Od owego czasu w ciągu lat dwudziestu cała ta kwestyja pozostawała w tym stanie, jak ją zaraz na początku sam B o n n e t postawił, a choć sporadycznie pojawiło się kilka prac jej się dotyczących (R o s s, R o s e r, K l o p s c h), to w każdym razie otrzymane poprzednio rezultaty prawie zupełnie nie zostały zmienione.

Dopiero w 1863 r. widzimy B u s c h'a, jako twórcę zupełnie nowej teorii, mającej na celu wyjaśnienie swoistych zmian co do położenia końców stawowych w późniejszych stadyjach *covitidis*, ponieważ doświadczenia B o n n e t'a nie dawały w tym względzie żadnego zgoła objaśnienia. Teorię swoją oparł B u s c h mniej na doświadczeniach, a więcej na badaniach klinicznych i anatomo-patologicznych, mając już utorowaną po temu drogę przez D i t t e l'a R o s s'a i K l o p s c h'a.

Opublikowana w 1870 r. praca D e l i t s c h'a, wykonana pod kierunkiem profesora B r a u n e, choć krótka i poświęcona wyłącznie stawowi kolanowemu, zasługuje jednak na szczególniejsze zaznaczenie, ponieważ autor, przyjąwszy za punkt wyjścia doświadczenia B o n n e t'a, rozszerzył zakres swojego zadania i użył zupełnie oryginalnej metody doświadczalnej. W ciągu ostatnich lat dziesięciu zjawia się następnie szereg prac R e y h e r'a, R a n k e'go, W e i d e n m ü l l e r'a i S c h u l t z'e'go, w których powołano się na doświadczenia B o n n e t'a w zupełnie innym celu, mianowicie dla należytego zbadania i udoskonalenia t. zw. metody wyciągowego leczenia zapaleń stawów, tak gorąco zalecanej, zwłaszcza przez V o l k m a n'n'a.

Ilość oryginalnych prac w rozstrząsanej kwestyi będzie zupełnie wyczerpana, jeżeli wskażemy jeszcze na ukończony niedawno podręcznik chirurgii A l b e r t'a, gdzie stosunkowo wiele wspomina autor o powtórzonych przez siebie i sprawdzonych doświadczeniach B o n n e t'a, nie przyczyniając się ze swej strony do pomnożenia już osiągniętych rezultatów.

W naszej własnej pracy, kierując się z jednej strony znaną zasadą: *Non tantum invenire, quam inventa probare*, a z drugiej — mając na uwadze zupełnie pominięcie rozstrząsanego przedmiotu w naszej literaturze lekarskiej, postanowiliśmy zbadać:

1) Czy rzeczywiście panuje owa harmonijna zgodność w całej faktycznej stronie doświadczeń, o których mowa, jaka się przebiega z prac prawie wszystkich autorów, a jeżeli są różnice, to na czem polegają?



2) Czy rozmaite wnioski, poglądy i teoryje, co do związku pomiędzy doświadczeniami i zjawiskami klinicznymi, mogą wytrzymać krytykę i do jakiego stopnia?

Niezależnie od odpowiedzi na powyższe pytania czuliśmy się upoważnieni na podstawie własnych doświadczeń, przeprowadzonych porównawczo z kliniką, do wypowiedzenia własnego zdania w kilku kwestyjach wątpliwych.

W niniejszem streszczeniu — ze względu na stosunkową rozległość przedmiotu względnie do czasu, jakim śmiem rozporządzać — zaznaczę tylko najważniejsze momenty z mojego obszerniejszego sprawozdania, które wkrótce zamierzam ogłosić. Oddając je pod sąd Szanownych Panów, starałem się usilnie, aby wątek całości, gdzie należy, został utrzymany, a oddzielne ważniejsze szczegóły — należycie zrozumiane.

Przy wykonywaniu moich doświadczeń oddałem pierwszeństwo przed innymi przyrządami zwykłej iniekcyjnej szprycy, średniej wielkości i silnej konstrukcyi. Do wypełnienia stawów używałem najrozmaitszych płynów, bądź stale ciekłych, bądź tężejących, jako to: wody czystej i z solą kuchenną, oleju, gliceryny, roztopionego wosku i metali, gipsu, zwykłej masy iniekcyjnej i t. p. Niezależnie od płynów zauważyłem, że ruchy końców stawowych, lecz tylko na stawach obnażonych i po uprzedniej amputacyi członka, powstają nawet przy wypełnianiu ich powietrzem. Jako przyrządu nadymającego używałem w tym celu własnych płuc, które w zupełności wystarczały do wywołania zjawiska.

Przy torowaniu otworu do wnętrza stawu nie ograniczałem się jedynie na wierceniu kości, lecz zastosowałem nadto w tym samym celu przekłuwanie torbki stawowej, co w niczem zgoła nie wpływało na mniejszą dokładność w następstwie oczekiwanych zjawisk. Jako jedno z naszych ulepszeń uważam t. zw. wPOCHWIECIE kanek, które zapobiega w zupełności wypełnianiu przestworów istoty gąbczastej kości, przez co obraz stosunków, zwłaszcza na przecięciu, staje się nierównie dokładniejszy. Do doświadczeń używałem trupów zarówno niemowląt, jak i dorosłych, zarówno świeżych, jak i stężalnych, lub rozkładowi podległych, nadając im podczas nastrzykiwania najróżnorodniejsze położenia, bądź na powietrzu, bądź też w wodzie.

Żaden z większych stawów nie został pominięty, a jeżeli obecnie ograniczam się na pobieżnem przedstawieniu rezultatów tylko dla stawu udowego i kolanowego, jako najważniejszych, to jedynie ze względu na analogiję zjawisk i możliwą zwięzłość w sprawozdaniu, o co mi najwięcej chodziło.

Doświadczenia nasze wykazały dowodnie, że niekoniecznie należy poddawać kończynę amputacyi przy nastrzykiwaniu takich stawów, jak np. udowy, co tak gorąco zalecają inni autorowie. Wprowadzone przez nas dodatkowe nastrzykiwanie stawów, możliwe jedynie wtedy, jeżeli staw już nastrzyknięty został następnie obnażony z otaczających go miękkich tkanek, nie pozostało bez wpływu na dopełnienie i rozszerzenie zakresu doświadczeń naszych poprzedników. Zajmując się badaniem nastrzykniętych stawów, zwracaliśmy uwagę i na stosunki anatomiczne; dla tego też wiele naszych preparatów, a w tej liczbie i przecięcia, przeznaczono do zbiorów Warszawskiego Instytutu Anatomicznego.



Zmiany w postaci stawu udowego pod wpływem forsownego nastrzykiwania *ad maximum* są stosunkowo nieznaczne. Nabrzmienie w pachwinie widocznem jest tylko na trupach chudych i wycieńczonych, a i wtedy nawet należy śledzić za zmianami porównawczo, t. j. zestawiając staw nastrzyknięty z odpowiednim nienastrykniętym. W rzadkich przypadkach połączenia ze stawem worka maziowego podłędźwiowego (*bursa mucosa subilliaca*) — w moich doświadczeniach raz tylko jeden — wzmiankowana nabrzmiałość o wiele staje się wyraźniejszą i przyjmuje nawet widoczną postać guza. Ze strony pośladków brak wszelkich zmian zupełnie. Przyrost objętości nastrzykniętego stawu w porównaniu z nienastrykniętym, po przeprowadzeniu miarki w kierunku fałdy pachwinowej, wynosi w obwodzie 2—5 ctm. Chelbotanie można wykazać tylko na przedniej stronie, w dolnej części *plicae inguinalis*, lecz i tu nie jest to wcale łatwem, zwłaszcza przy silniejszym rozwoju mięśnia lędźwio-biodrowego. Na mocy owych zmian, które streściłem w głównych zarysach, pozwalam sobie wyprowadzić następujące wnioski:

1) Przy wypełnieniu stawu biodrowego płynami patologicznymi wytworami (krew, ropa, wysięk surowiczy) wykrycie chelbotania przedstawia znaczne trudności i rzadko się tylko udaje, ponieważ części miękkie, otaczające staw, ze względu na swą masę, już same przez się stają temu na przeszkodzie, a przy wysiękach w torebce stawowej zyskują jeszcze więcej na objętości wskutek obrzmiewania, spowodowanego zapaleniem, któremu ulegają.

2) Zapalne obrzmienia znacznej wielkości w okolicy stawu udowego nie tyle zależą od wypełnienia jamy stawowej, ile od infiltracyi i zapalnego obrzęku miękkich tkanek, staw otaczających.

Co się tyczy zmian w położeniu, to ostateczna forma polega na dosyć silnem zgięciu, odprowadzeniu i wywróceniu na zewnątrz (*flectio, abductio et rotatio externa*). Według wymiarów *B o n n e t'a* kąt, zawarty pomiędzy udem i przednią ścianką brzuszną, wynosi przeciętnie około 60°. Uważając podobny sposób wymierzania za niedokładny, ponieważ wypukłość ścianki brzusznej jest różną u różnych osobników, zamieniliśmy go na inny, polegający na wymierzeniu kąta pomiędzy udem i płaszczyzną poziomą, na której trup spoczywa. Kąt ten, według naszych wymiarów, wynosi 36°—40°. Stopień odprowadzenia, resp. odległość wewnętrznego kłykcia uda od linii środkowej ciała, odpowiada 18—20 ctm. Wywrócenie na zewnątrz, inaczej oddalenie wielkiego krętarza od kolca biodrowego przedniego górnego, nie przewyższa 1,5 ctm.

Pomijając rezultaty, tyżące się anatomicznej budowy worka stawowego, umiejscowienia iniekcyjnego płynu w różnych częściach stawu, kierunków, jakie przyjmuje płyn w razie zbyt forsownego nastrzykiwania i wreszcie miejsc pęknięcia torebki, wspomnimy tylko, że warstwa masy pomiędzy środkiem panewki i główki wynosi nie 4—5 mm., jak chce *B o n n e t* i cały szereg autorów, którzy za nim ten wymiar przytoczyli, lecz znacznie więcej, bo 6, 5—7 mm. dla stawów obnażonych, a 5,5—5,6 mm. — dla nieobnażonych.

Uderzony tak wydatną różnicą, przygotowałem umyślnie znaczną ilość preparatów zarówno na świeżych, jak i zamrożonych trupach i mogę twierdzić sta-



nowczo, że omyłka jest po stronie Bonnet'a i wszystkich, co ją za nim w zgodny sposób powtórzyli.

Toż samo stosuje się i do stawu kolanowego. Kiedy u Bonnet'a warstwa stężałej masy pomiędzy kłykcami uda i goleni wynosi zaledwie 1—2 mm., na naszych preparatach daje się najdokładniej wymierzyć, że podobna warstwa pomiędzy wewnętrznym kłykciem uda i goleni odpowiada 4 mm., a pomiędzy zewnętrznym kłykciem uda i goleni — 11 mm.

Forsowne nastrzykiwanie stawu kolanowego z niezmienną stałością pociąga za sobą zgięcie od 25°—35° i lekkie wywrócenie na zewnątrz. Jeżeli jednak doświadczeniu został poddany staw obnażony z miękkich tkanek, to zgięcie dochodzi wtedy do 65°, przyczem i wywrócenie na zewnątrz staje się nierównie więcej wyraźne.

Zmiany w postaci występują szczególniej na przedniej stronie stawu, gdzie kontury rozciągniętej torebki bywają wydatnie zarysowane; po bokach kontury te stają się mniej widoczne i znikają zupełnie na tylnej stronie stawu, która pozostaje płaską; chełbotanie na tej ostatniej można wyczuć w tym tylko razie, jeżeli ze stawem komunikują: *bursa mucosa subpoplitea et bursa mucosa subgastrocnemialis*.

Bonnet, pomimo wykonania swoich doświadczeń zarówno na obnażonych, jak i nieobnażonych stawach, pomija w zupełności ważną okoliczność, że pojemność badanego stawu jest różną w obu tych przypadkach. Rażący błąd ten dla stawu kolanowego został wykazany przez Delitsch'a i Reyher'a, a dla wszystkich innych — przez nasze doświadczenia. Teza więc Bonnet'a: „Wywołane przez forsowne nastrzykiwanie połowiczne zgięcie stawu kolanowego odpowiada położeniu, w którym jama stawowa posiada największy stopień pojemności“, może być zastosowaną li tylko do tych przypadków, gdzie doświadczenie wykonywamy na stawach, pozbawionych uprzednio miękkich tkanek. Tak samo należy ograniczyć odpowiednią tezę tegoż autora, tyczącą się stawu udowego, mianowicie — że udo pod wpływem nastrzykiwania *ad maximum* zgina się, tworząc kąt 60°.

Wskutek panującego nieporozumienia z jednej strony pomiędzy Delitsch'em., który twierdzi, że zgięte pod wpływem nastrzykiwania kolano łatwo się daje wyprostować bez rozerwania torebki, a z drugiej — Bonnet'em i Reyher'em, którzy są wręcz przeciwnego zdania, przedsięwzięliśmy umyślnie cały szereg doświadczeń w celu rozstrzygnięcia tej spornej kwestyi. Na podstawie naszych badań upewniliśmy się, że zarówno większy stopień zgięcia jak i wyprostowanie stawu nie są zgoła możliwe bez pociągnięcia za sobą rozerwania worka stawowego. W tej więc kwestyi przechyliłam się w zupełności na stronę Bonnet'a i Reyher'a.

Że częściej się łączy ze stawem *bursa mucosa subpoplitea*, aniżeli *bursa mucosa subgastrocnemialis*, przekonywują też i nasze preparaty. Stawu strzałkowo-goleniowego, komunikującego czasami ze stawem kolanowym, nie udało nam się ani razu nastrzyknąć od strony wnętrza kolana.

Już Delitsch dowiódł, że największemu stopniowi zgięcia kolana odpowiada najmniejszy stopień pojemności jamy stawowej. Wskutek tego upada



zdanie Bonnet'a, które wypowiedział, mając na uwadze terapię ran drażących do stawu kolanowego, jakoby wyprostowanie kończyny stanowiło położenie, w którym pojemność worka stawowego najwięcej się zmniejsza. Nie mogę nie zwrócić, uwagi Szanownych Panów na okoliczność, która nie jest może pozbawiona doniosłego znaczenia pod względem praktycznym. Jako środek leczniczy przy zapaleniach stawu kolanowego zaleca Delitsch nadmierny stopień forsownego zgięcia, które pociąga za sobą podskórne rozerwanie się torebki stawowej i daje możność swobodnego odpływu zawartości do tkanek staw otaczających przez co ułatwia się wessanie wysięku. Przypadek całkowitego uleczenia wodnej puchliny stawu kolanowego przez pęknięcie torebki wskutek przypadkowego upadnięcia na kolano, znalazłem opisany u Bonnet'a. Hüter, zastanawiając się nad tą kwestyją w ogóle, bardzo wątpi o powodzeniu podobnego sposobu leczenia i na potwierdzenie przytacza przypadek Heinek'e'go (wodna puchlina stawu kolanowego), gdzie obrzmienie dochodziło do *ligamentum Pouparti*, a mimo to nie było wyzdrowienia, chociaż wysięk już prawdopodobnie oddawna przeszedł po za granice błony maziowej. (D. n.)

## II. Dziesiąte sprawozdanie lekarskie z Instytutu oftalmicznego Edwarda księcia Lubomirskiego za rok 1880.

Ułożył D-r med. **Bolesław Gepner.**

W roku dziesiątym nowego peryjodu działalności Instytutu, zgłosiło się o pomoc lekarską osób 4,292, z których leczono :

na salach Instytutowych 687, w ambulatoryjum 3,605, w tej liczbie znajdowało się:

|  | leczonych w instytucie | w ambulatoryjum |
|--|------------------------|-----------------|
| mieszkańców Warszawy . . . . .             | 234 . . . . .          | 2,725           |
| przyjezdnych . . . . .                     | 453 . . . . .          | 880             |
|  | <u>687</u>             | <u>3,605</u>    |
| chrześcijan . . . . .                      | 621 . . . . .          | 2,485           |
| starozakonnych . . . . .                   | 66 . . . . .           | 1,120           |
|  | <u>687</u>             | <u>3,605</u>    |
| mężczyzn . . . . .                         | 332 . . . . .          | 1,842           |
| kobiet . . . . .                           | 314 . . . . .          | 1,216           |
| dzieci obojej płci do lat 10-ciu . . . . . | 41 . . . . .           | 547             |
|  | <u>687</u>             | <u>3,605</u>    |

Od liczby przebywających na salach instytutowych . . . . 687 osób  
 odjąwszy bawiące dla towarzystwa chorych osoby zdrowe . . . . 21 „  
 otrzymany rzeczywistą liczbę chorych . . . . . 666 „  
 Z tej liczby, opuściło Instytut wyleczonych . . . . . 460 osób  
 „ „ ze znacznem polepszeniem . . . . . 116 „



Z tej liczby, opuściło Instytut bez żadnej poprawy . . . . . 30 osób  
 pozostało wreszcie na rok następny . . . . . 60 „  
 666 + 21 zdrowych = 687.

Z roku 1879 pozostało chorych na salach Instytutu . . . . . 40  
 w I kwartale przybyło . . . . . 145  
 „ II „ „ . . . . . 200  
 „ III „ „ . . . . . 170  
 „ IV „ „ . . . . . 132  
 687

Na koszcie Instytutu pozostawało na salach ogólnych  
 chorych 41 przez dni szpitalnych 1580  
 Na koszcie własnym na salach ogólnych „ 505 „ „ 15035  
 Pensjonarzy klasy I (rs. 1,35 na dobę) „ 25 „ „ 687  
 „ „ II („ 1,00 „ ) „ 82 „ „ 2200  
 „ „ III („ 0,60 „ ) „ 34 „ „ 744  
 Razem . . 687 20246

Czyli że w przecięciu, jeden chory pozostawał w Instytucie przez dni 29,47  
 Dla oddzielnych zaś kategorii chorych otrzymujemy następujące cyfry  
 przeciętne:

1) Dla leczonych bezpłatnie przez dni 1580 chorych 41 = 38,53  
 2) „ za opłatą na salach ogólnych „ 15035 „ 505 = 29,77  
 3) „ pensjonarzy klasy I „ 687 „ 25 = 27,48  
 4) „ „ „ II „ 2200 „ 82 = 26,82  
 5) „ „ „ III „ 744 „ 34 = 21,88  
 20246 „ 682 = 29,47

Na każdy wreszcie dzień roku 1880 wypada przeciętnie chorych 55,31,  
 a mianowicie:

1) Kategorji chorych bezpłatnych dni 1580 chorych 366 = 4,31  
 2) „ „ „ ogólnych „ 15035 „ 366 = 41,08  
 3) „ pensjonarzy kl. I „ 687 „ 366 = 1,87  
 4) „ „ „ kl. II „ 2200 „ 366 = 6,01  
 5) „ „ „ kl. III „ 744 „ 365 = 2,03  
 20246 „ 366 = 55,31

Powyzsza liczba 666 chorych, leczonych na salach Instytutu, podlegała chorobom  
 następującym:

|  |   |
|--|---|
| <i>Chorobom łącznicy</i> . . . . . 167                         | 8) <i>Conjunct. phlyctaenulosa</i> . . . . . 3                          |
| 1) <i>Conj. catarrh. splx acuta</i> . . . . . 4                | 9) <i>Degeneratio amyloidea</i> . . . . . 1                             |
| 2) „ <i>humida</i> . . . . . 6                                 | <i>Chorobom białkówek</i> . . . . . 6                                   |
| 3) „ <i>blennorrh. acuta</i> . . . . . 19                      | 1) <i>Scleritis et episcleritis</i> . . . . . 3                         |
| 4) „ „ <i>chronica</i> . . . . . 38                            | 2) <i>Vulnera sclerae</i> . . . . . 3                                   |
| 5) „ <i>diphtheritica et gon-</i><br><i>norh.</i> . . . . . 26 | <i>Chorobom rogówki</i> . . . . . 176                                   |
| 6) „ <i>granulosa acuta</i> . . . . . 7                        | 1) <i>Keratitis superficialis cir-</i><br><i>cumscripta</i> . . . . . 5 |
| 7) „ „ <i>chronica</i><br>( <i>trachoma</i> ) . . . . . 51     | 2) „ <i>parenchym. diffusa</i> . . . . . 7                              |
|  | 3) „ „ <i>circumscripta</i> . . . . . 9                                 |



|   |            |   |           |
|---|------------|---|-----------|
| 4) Keratitis fascicularis . . . . .             | 5          | 4) Choroido-retinitis . . . . .                   | 16        |
| 5) „ herpetica . . . . .                        | 1          | 5) Choroiditis circumscripta . . . . .            | 9         |
| 6) „ ulcerosa . . . . .                         | 37         | 6) Sarcoma choroideae . . . . .                   | 2         |
| 7) „ ulcerosa torpida . . . . .                 | 18         | <i>Chorobom siatkówki . . . . .</i>               | <i>12</i> |
| 8) „ neuroparalitica . . . . .                  | 1          | 1) Amotio retinae . . . . .                       | 2         |
| 9) Pannus scrofulosus . . . . .                 | 24         | 2) Retinitis specifica . . . . .                  | 1         |
| 10) „ granulosis . . . . .                      | 42         | 3) „ pigmentosa . . . . .                         | 2         |
| 11) Keratocele . . . . .                        | 1          | 4) „ haemorrhagica . . . . .                      | 5         |
| 12) Leucoma partiale . . . . .                  | 2          | 5) Hyperaemia retinae . . . . .                   | 1         |
| 13) „ adhaerens . . . . .                       | 11         | 6) Glioma retinae . . . . .                       | 1         |
| 14) Staphyloma totale . . . . .                 | 6          | <i>Chorobom nerwu wzrokowego . . . . .</i>        | <i>19</i> |
| 15) „ partiale . . . . .                        | 4          | 1) Atrophia n. n. opticorum . . . . .             | 11        |
| 16) Pterygium . . . . .                         | 2          | 2) Papillitis . . . . .                           | 5         |
| 17) Vulnus corneae . . . . .                    | 1          | 3) Neuritis . . . . .                             | 3         |
| <i>Chorobom tęczy i c. rzęskowego . . . . .</i> | <i>39</i>  | <i>Niedosłepowi (amblyopia) . . . . .</i>         | <i>1</i>  |
| 1) Iritis idiopathica acuta . . . . .           | 12         | 1) Hemianopsia . . . . .                          | 1         |
| 2) „ chronica . . . . .                         | 8          | <i>Chorobom mięśni i nerwów . . . . .</i>         | <i>14</i> |
| 3) „ specifica . . . . .                        | 4          | 1) Strabismus convergens . . . . .                | 5         |
| 4) Iridocyclitis . . . . .                      | 5          | 2) „ divergens . . . . .                          | 3         |
| 5) Prolapsus iridis . . . . .                   | 7          | 3) Insuff. m. m. rector. intern . . . . .         | 2         |
| 6) Oclusio pupillae . . . . .                   | 3          | 4) Paresis abducentis . . . . .                   | 2         |
| <i>Jaskrze . . . . .</i>                        | <i>39</i>  | 5) „ trochlearis . . . . .                        | 1         |
| 1) Glaucoma splx . . . . .                      | 8          | 6) Herpes zoster ophthalmicus . . . . .           | 1         |
| 2) „ inflamatorium . . . . .                    | 18         | <i>Chorobom oczodołu i gałki ocznej . . . . .</i> | <i>5</i>  |
| 3) „ absolutum in-                              |            | 1) Sarcoma cavitatis orbitae . . . . .            | 1         |
| flammat. . . . .                                | 6          | 2) Panophthalmitis . . . . .                      | 3         |
| 4) „ consecutivum . . . . .                     | 7          | 3) Sarcoma apertum bulbi . . . . .                | 1         |
| <i>Chorobom soczewki . . . . .</i>              | <i>101</i> | <i>Chorobom dróg łzowych . . . . .</i>            | <i>12</i> |
| 1) Cataracta senilis non com-                   |            | 1) Dacryocystitis phlegmonosa . . . . .           | 1         |
| plicata . . . . .                               | 68         | 3) Blephorrh. sacci lacrymalis . . . . .          | 11        |
| 2) „ secundaria . . . . .                       | 3          | <i>Chorobom powiek . . . . .</i>                  | <i>42</i> |
| 3) „ traumatica . . . . .                       | 7          | 1) Blepharitis ciliaris. seborrh. . . . .         | 11        |
| 5) „ membran. congen. . . . .                   | 1          | 2) Entropium . . . . .                            | 6         |
| 6) „ diabetica . . . . .                        | 1          | 3) Ectropium . . . . .                            | 7         |
| 7) „ gypsea luxata . . . . .                    | 1          | 4) Trichiasis et distichiasis . . . . .           | 6         |
| 8) „ complicata . . . . .                       | 14         | 5) Ptosis traumatica . . . . .                    | 1         |
| 9) Luxatio lentis traumatica . . . . .          | 1          | 6) Blepharophimosis . . . . .                     | 3         |
| <i>Chorobom naczyńiówki . . . . .</i>           | <i>33</i>  | 7) Chalazion . . . . .                            | 3         |
| 1) Choroiditis aequatorialis . . . . .          | 3          | 8) Symblepharon . . . . .                         | 1         |
| 2) Choroiditis disseminata . . . . .            | 1          | 9) Phlegmone palpebrarum . . . . .                | 1         |
| 3) Choroiditis areolaris . . . . .              | 1          | 10) Ambustura palpebrarum . . . . .               | 2         |

Z wykonanych 322 większych operacyj wypadła:

*Na soczewkę . . . . .* 116

1) Operacyję Graefego  
wykonano . . . . . 95 razy

2) ekstrakcyję liniową z  
wycięciem tęczy . . . . . 4 „



|  |                 |   |              |
|--|-----------------|---|--------------|
| 3) ekstrakcję liniową bez wycięcia tęczy . . . . . | 5 razy          | 2) Ectropii . . . . .   | 2 razy       |
| 4) Wydobycie soczewki z torebką . . . . .          | 2 „             | 3) „ symblepharon . . . . .   | 4 „          |
| 5) Operację Wenzla . . . . .                       | 2 „             | 4) Szwów Gallarda . . . . .   | 14 „         |
| 6) Rozdarcie zaćmy następczej . . . . .            | 3 „             | 5) Operatio cantoplastice . . . . .                                 | 12 „         |
| 7) Discissio cataractae . . . . .                  | 2 „             | 6) Exstirpatio neoplasmatis z następczą blepharoplastyką . . . . .  | 2 „          |
| 8) Soczewkę zwichniętą wydobycie . . . . .         | 2 „             | <i>Na gałkę oczną . . . . .</i>                                     | <i>11 „</i>  |
| <i>Na Tęczówkę . . . . .</i>                       | <i>66 „</i>     | 1) Wyluszczenie z powodu garbca . . . . .                           | 4 „          |
| 1) Iridectomia . . . . .                           | 64 „            | 2) Wyluszczenie z powodu rany postrzałowej . . . . .                | 1 „          |
| (z powodu jaskry 19)                               |                 | 3) Wyluszczenie z powodu cierpienia sympatyczn. . . . .             | 4 „          |
| 2) Iridotomia . . . . .                            | 2 „             | 4) Wyluszczenie z powodu panophthalmitidis . . . . .                | 1 „          |
| <i>Na Białkóvkę . . . . .</i>                      | <i>24 „</i>     | 5) Enervatio przy glauc. secundare . . . . .                        | 1 „          |
| 1) Sclerotomia (Jaskra) . . . . .                  | 18 „            | <i>Na oczodół . . . . .</i>   | <i>1 „</i>   |
| 2) Punctio sclerae (amesio-retinae) . . . . .      | 6 „             | Wyluszczenie mięsaka (sarcoma) z zachowaniem zdrowego oka . . . . . | 1 „          |
| <i>Na rogówkę . . . . .</i>                        | <i>15 „</i>     | <i>Na mięśnie . . . . .</i>   | <i>14 „</i>  |
| 1) Peritomia . . . . .                             | 5 „             | 1) Tenotomia r. interni . . . . .                                   | 11 „         |
| 2) Pterygium . . . . .                             | 2 „             | 2) „ r. externi . . . . .   | 3 „          |
| 3) Trepanatio . . . . .                            | 2 „             | <u>razem</u>  | <u>322 „</u> |
| 4) Odjęcia garbca . . . . .                        | 4 „             |   |              |
| 5) „ dermoidów . . . . .                           | 2 „             |   |              |
|  | <u>221 razy</u> |   |              |
| <i>Na powieki . . . . .</i>                        | <i>75</i>       |   |              |
| 1) Operatio entropii et trichiasis . . . . .       | 42 „            |   |              |

### Operacje zaćmy.

Podając poniżej treściwy opis wszystkich operacji zaćmy wykonanych w ciągu roku 1880, wspominamy w takim razie tylko o przebiegu operacji i peryjodu pooperacyjnego jeżeli w takowych zaszyły jakiegokolwiek nieprawidłowości.

### Zaćmy prawidłowe.

Siła widzenia

|  |                  |
|--|------------------|
| 1. P. M. żona wieśniaka lat 55. Zaćma przejrzała . . . . .   | $\frac{20}{50}$  |
| 2. R. W. rolnik lat 45. Zaćma dojrzała . . . . .   | $\frac{20}{40}$  |
| 3. G. M. żona handlarza zaćma niezupełnie dojrzała . . . . .   | $\frac{20}{70}$  |
| 4. T. A. rolnik lat 66, zaćma dojrzała . . . . .   | $\frac{20}{40}$  |
| 5. K. S. wyrobnik lat 62, zaćma przejrzała, przebieg operacji prawidłowy, na ósmy dzień uporczywe zapalenie tęczy, skutkiem przypadkowego uderzenia — <i>cataracta secundaria</i> —przypadek do iridotomii . . . . . | $\frac{20}{200}$ |
| 6. O. H. żona kupca lat 50, zaćma dojrzała w prawem, niezu-  |                  |



- pełnie dojrzała w lewym, operacyja w obu oczach  
współcześnie wykonana . . . . .  $20/30$   $20/50$
7. G. J. subjekt cukierniczy lat 79, *marasmus senilis*, zaćma  
przejrzała o wielkiem jądrze, gałka oczna mocno  
zapadła, cięcie wypadło nieco zamale, powiększone  
za pomocą *couteau mousse*, zaćma wydobyta łyżką,  
ogromny *collapsus corneae*. Zimne okłady przez 5  
godzin, na 3 dzień *iritis* — *hyppoema*, *irido-cyclitis*  
uparte — *phthisis bulbi anterior* . . . . . 0
8. R. A. b. wojskowy lat 69, zaćma prawa dojrzała, lewa  
przejrzała . . . . .  $20/40$   $20/50$
9. A. J. rolnik lat 50, zaćma dojrzała . . . . .  $20/40$
10. Z. M. stolarz lat 63, zaćma dojrzała, cięcie skończone  
w rogówce . . . . .  $20/30$
11. S. A. rolnik lat 56, zaćma dojrzała, przy oczyszczaniu ra-  
ny nieznaczna utrata ciała szklistego . . . . .  $20/30$
12. N. J. żona rolnika lat 69, zaćma dojrzała prawa, prze-  
jrzała lewa — operowane współcześnie . . . . .  $20/40$   $20/50$
13. G. K. żona rolnika lat 57, zaćma dojrzała. Zwężenie i ślu-  
zotok przewodu nosłzowego, leczone przez 3 tygo-  
dnie. Torebka rozdarta obwodowo. . . . .  $20/40$
14. B. A. żona rolnika lat 67 zaćma dojrzała . . . . .  $20/50$
15. S. J. handlarz lat 65, zaćma dojrzała . . . . .  $20/40$
16. G. W. żona handlarza lat 65, zaćma dojrzała. Zwężenie  
i śluzotok przewodu noso łzowego, leczone przez 4  
tygodnie. Torebka rozdarta obwodowo . . . . .  $20/70$
17. M. S. majster szewcki lat 80. *Marasmus senilis* — głuchy,  
zaćma dojrzała . . . . .  $20/70$
18. H. W. żona handlarza lat 55, zaćma dojrzała, wydobyć  
zaćmy utrudnione z powodu nieco za małego cięcia.  
Zimne okłady przez 5 godzin . . . . .  $20/50$
19. K. O. wyrobnik lat 58, zaćma dojrzała. Śluzotok przewodu  
nosłzowego leczoney przez tygodni 5. Zostało nieco  
istoty korowej w obwodzie . . . . .  $20/50$
20. S. K. emerytka lat 67, zaćma przejrzała. Torebka wydo-  
byta cążkami . . . . .  $20/40$
21. S. I. handlarz lat 65, zaćma dojrzała . . . . .  $20/50$
22. M. I. nadesłany ze szpitala dla nieuleczalnych w Górze  
Kalwaryi, lat 65, upośledzony na umyśle, głuchy,  
zaćmy dojrzałe, w oku lewym projekeyja nie dokła-  
dna. Operacyja w lewym wykonana w 10 dnia pó-  
źniej. Nerw w lewym biały, naczynia bardzo wązkie.  $2/70$   $20/100$

(Dok. nast.)



### III. Obecne stanowisko metody Listerowskiej, z uwzględnieniem głównie zarzutów przeciw niej wymierzonych.

Podał **W. Matlakowski**. Asystent kliniki chirurgicznej.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 37).

5) Liczba przypadków róży zmniejszyła się ogromnie. Pierwsze statystyki porównawcze metody listerowskiej, ze sposobem otwartym, starały się wykazać (46) bezsilność antyseptyki wobec róży. Thiersch nawet na zasadzie tego faktu skłonny był do przyjęcia nieparazytarnej przyczyny tej choroby. Jeśli jednak zestawia się statystyki Brunsa i innych nie ulega dziś wątpliwości, że róża stała się niesłychanie rzadszą. Chociaż z powodu braku funduszu nie mogłem stosować opatrunku antyseptycznego, tak jak rozumiem, w oddziale szpitalnym, którym zawiaduję, jednak z własnego doświadczenia mogę dodać, że róża nie tylko jest bez porównania rzadszą (przez  $2\frac{1}{2}$  miesiąca na 56 łóżek jeden przypadek róży, trwający 4 dni) ale i przebieg jej łagodniejszy. Wogóle na podstawie danych z kliniki profesora Kosinskiego mogę, że ropnica i posocznica, a także róża, nawet przy stosowaniu hybrydnego opatrunku listerowskiego stały się bez porównania rzadszemi.

6) Gorączki przyrannej albo wcale nie bywa, albo niezwykle niska i trwa krótko. Nadto w charakterze jej zaszła zmiana tak wybitna, że Volkman i Genzmer oddzielili ją pod nazwą aseptycznej. Zaznaczyliśmy już wyżej, iż pozostaje dotychczas zupełnie niewytłumaczoną przyczyna owej gorączki aseptycznej pod opatrunkiem Lister'a.

7) Ropienie bywa na dzwyczaj małe, lub go nie bywa zupełnie; utraty soków są minimalne.

8) Czas gojenia niesłychanie krótszy, hasłem bowiem nowego postępowania jest „starać się *par force* o zrosnięcie bezpośrednio.“ Jaki pod tym względem istnieje przewrót w chirurgii, czytelnik pozna, porównyując dzisiejsze przepisy z dawniejszemi. Dawniej zabraniano zeszywać rany na głowie z obawy róży, nieszeszywano ran po herniotomii, ubijano rany po wyluszczeniu guzów sutki kulkami z szarpi lub waty celem wytamponowania, dziś nie tylko mamy za przykazanie wszędzie w tych razach szew nakładać, lecz—co większe—zeszywamy ścięgna, nerwy, cięcia skórne ponad ogniskami ropnemi, otworzonymi szeroko i wyskrobanemi i t. d. Te to 3 względy: niska gorączka, brak ropienia i gojenie *per primam intentionem*, stanowią wyższość postępowania nowego, o którym stary Paget wyrzekł, że gdyby cyfra wyzdrowień metody antyseptycznej nie różniła się od liczby wyzdrowień innych sposobów, to nikt nie zaprzeczy, że zdrowienie przy pierwszej jest krótsze, że życie chorego nie wisi na włosku. To też Kroenlein (46), uznawszy na podstawie liczb i sumiennego a krytycznego ich rozbioru otwarty sposób gojenia ran za równy opatrunkowi antyseptycznemu pod innymi względami—pod względem długości gojenia powiada, że ma się pierwszy do drugiego jak 2—1. „Czas, mówi ten autor, to nie tylko pieniądz, czas bardzo często znać się i zdrowie. Krótsze gojenie, mniejszy wydatek na chorobę, krótszy pobyt



w szpitalu, który tak fatalnie wpływa na ogólne siły chorego. Ież to razy wypisywało się chorego po amputacji uda, lub po zagojeniu otwartego złamania goleni, plującego krwią, bladego jak ściana“.

Nie dość na tem, jak słusznie V o l k m a n n mówi (46), pieńek poamputacyjny, zagojony *per primam*, wolny jest od wszelkich złych stron, jakie zwykle następują po długim gojeniu się przez ropienie: kształt bywa okrągły, blizna nie przyrosła do kości, kość schowana głęboko, odgradzają ją od skóry części miękkie; bólów neuralgicznych i nieustannego owrzodzenia się blizny za lada okazyją nienapotyka się zupełnie.

Podmiotowe uczucie dobrego mienia się jest stałym towarzyszem przypadków, w których opatrunek listerowski się udał całkowicie. Chory jest spokojny, bo nie potrzeba mu zmieniać opatrunku, rana go nie boli, nie rwie, ma lękienie, dobry humor.

9) W razie gdzie nie można było zbliżyć brzegów rany, nap. przy złamaniach otwartych, gojenie odbywa się w sposób dotąd niepraktykowany; kto je raz osobiście widział, ten uwierzy L i s t e r' o w i, że to jest *a new principle*.

Zamiast t. z. oczyszczania się rany, gnojenia, ropienia, rana pokrywa się krwią, ściętą surowicą i t. d., które tworzą pokrywę, „strup wilgotny“, pozostającą do zupełnego zagojenia rany bez kropli ropy.

Na podstawie takich pomyślnych danych ośmielono się:

a) obalić pewne przepisy, istniejące w chirurgii z dawnych czasów, jak np. zabraniające otwierania stawów, torebek maziowych, pochew ścięgnistych, jam surowicznych otrzewnej, opłucnej, czaszkowej, i t. d.

b) Operacje, dawniej uważane za bardzo niebezpieczne, stały się bezpiecznymi.

c) Wprowadzono wiele nowych operacji lub sposobów, o czem nie miejsce tu się rozpisywać.

Zaledwie można uważać za zarzuty krytykę oddzielnych części składowych postępowania antyseptycznego. Stosunkowo najważniejszym jest usunięcie w ostatnich czasach mgły antyseptycznej przez niektórych chirurgów, bez wpływu na gojenie. Punkt ten, jak na to zasługiwał przedstawiliśmy wyżej — resztę znajdzie Czytelnik na innem miejscu, w „Medycynie“, gdzieśmy się starali przeciwstawić obecne zapatrywanie się na ten przedmiot. Przyznać należy, że znaczenie atmosfery w stosunku do innych dróg zakażenia było przeceniane.

Nie należy to już właściwie do przedmiotu, lecz ze względu na jego ważność pozwalamy sobie zastanowić się nad fałszywymi sądami o metodzie antyseptycznej, wynikającymi prosto z błędów wnioskowania. Źródłem ich bywa bardzo często nieściśle wykonanie przepisów metody. Może ono mieć najrozmaitsze powody. a) Chirurg spełnia wszystkie przepisy jak najsumienniejszy i najściślej, lecz materiały jego nie są aseptyczne, lub nie mogą wywrzeć działania antyseptycznego, z powodu że są za słabe. Tu należy muślin i wata zwietrzałe, nieposiadające żadnego % środka przeciwnilnego, nie ściśle, na oko mianowane roztwory płynów używanych do obmywań. Kto tak z bliska, jak ja, zetknie się z temi szczegółami, ten rozumie, że nie są to drobnostki. Mnóstwo rzekomych opatrunków listerowskich, które robiłem, nie były wcale antyseptycznymi, gdyż nie odpo-



wiadały wymaganiom pod tym względem; powodem omyłki było zaufanie siostrze miłosierdzia i t. d. Dopiero przypadkowo odkryłem nieraz, że zamiast rozczyntu kw. karb. 2% miałem wodę, którą pić było można. Jakem się sam o tem przekonał. Szczególniej w szpitalu chcieć robić ściśle opatrunki, trzeba mieć żelazną wolę i niezmordowaną energiję, wglądać we wszystkie szczegóły od początku do końca, nie wierzyć nikomu, kto nie jest fachowo wykształcony i nie rozumie doniosłości każdej części składowej opatrunku. Szczególniej zarzutom podlega przechowywanie materyjałów. Wyborne a tanie urządzenie widziałem na klinice Langenbeck'a; siostry miłosierdzia posiadają puszki blaszane, w których pocięta gaza karbolowa przechowuje się aż do chwili użycia, nie tak jak u nas, gdzie siostry miłosierdzia w otwartych koszyczkach z dnia na dzień trzymają muślin i watę na powietrzu szpitalnem.

b) Lekceważenie pojedynczych przepisów, choć przyjmuje się zasadę ogólną, może również stać się powodem rezultatów, niezupełnie odpowiadających oczekiwaniom. Tak np. mycie mydłem, a nawet szorowanie szczotką skóry jest przepisem niezmiernie ważnym, którego pominięcie zastąpić nie zdoła nieraz obfite polewanie kwasem karbolowym, lub mgłą antyseptyczną. Tu lekarzowi przychodzi prowadzić najtrudniejszą walkę, bo ze sobą, ze swojemi nawykieniami. Kto nie potrafi krytycznie zapatrywać się na swoje postępowanie i przywyknienia, kto nie umie odczytać się wielu wyuczonych dawniej rzeczy, ten nie będzie postępował ściśle antyseptycznie. A ileż to tu szczegółów uchodzi uwagi lekarza, szczególniej szpitalnego? Przypomnijmy sobie owe blizkie dawniej stosunki z salą sekcyjną: professor chirurgii nieraz bywał ze studentami obecny przy autopsyi, lub przerabiał operacje na trupie, a potem przechodził do sali operacyjnej, lub opatrywał rannych; — albo posługacz spełnia obowiązki przy sali operacyjnej, a jednocześnie musi oczyszczać salę sekcyjną, lub robi się opatrunki antyseptyczne, a brak odpowiedniego urządzenia do dezynfekcyi zdjętych opatrunków, wydzielin i t. p., które wylewa się do śmietnika, lub wychodka obok oddziału chirurgicznego i t. d.

Najtrudniejszą przeszkodą do przeprowadzenia ścisłego opatrunku jest nabyta rutyna. Niekiedy śmiesznie jest patrzeć, jak chirurg używa kitajki jedwabnej (*silk-protective*), kładzie 7 warstw muślinu i t. d., a przeciąga przy ropniu opadowym dren grubości pióra gęsiego, ponieważ przywykł używać takiego, a nie innego; zapomina on o celu drenu, który tak użyty jest ciałem obcym, drażniącym tkanki, rodzajem zawłoki, ale nie rurą odprowadzającą nieczystości. O takich to drenach prawdopodobnie S a v o r y powiedział, że są „*abomination*“.

c) Zbyt spieszne wysnuwanie wniosków z niedostatecznej liczby spostrzeżeń, bywa również powodem błędnych, bo nieściślych sądów o metodzie, o której mowa. Kto chce istotnie przekonać się o wpływie postępowania antyseptycznego na stan zdrowotny oddziału, musi koniecznie przeprowadzić je systematycznie przez czas dłuższy, chociażby pierwsze próby wypadły nie po myśli. To prowadzi nas do innej kategorii, a mianowicie: Lister, Mikulicz, Wernich i wielu innych zgodnie stwierdzają fakt, że dobre wyniki zaczyna się otrzymywać dopiero po pewnym czasie sumiennego stosowania przepisów metody antyseptycznej.



d) Dla dokładnego stosowania metody przeciwnilnej potrzeba wprawy, której nabiera się tylko z czasem i z wiarą, a przeświadczeniem o potrzebie skrupulatności i absolutności. Już pierwszy rzut oka na najprostszy opatrunek, nakładany przez biegłego chirurga i jego niewprawnego asystenta, lub poczynającego studenta, wystarcza, aby ocenić znaczenie tego względu. Cóż dopiero mówić o rzeczy tak złożonej i trudnej, jak opatrunek antyseptyczny, który winien łączyć pewność i ścisłość nowej metody, z uwzględnieniem dogodności i przyjemności dla chorego wszystkich dawniejszych sposobów. Zrobić opatrunek aseptyczny, to jest to samo, co wykonać jakies doświadczenie fizjologiczne. Przeszkód i trudności tu co niemiara; za przykład podam opatrunek przy wypilowaniach stawu kolanowego lub udowego, albo operacje na mosznach, kroczu i t. d. Dla tego też wszyscy, co zlekka ten wzgląd traktują, nie mają jasnego pojęcia o metodzie przeciwnilnej.

Najcięższym zarzutem, jaki postawić można metodzie Listerowskiej, jest jej drogosc. Kto chce robić oszczedności na opatrunkach, tego co krok spotka zawód. Materyjal musi być dobry i pewny, ilosc jego dostateczna. Kto robi opatrunki polowiczne, latając jedno drugim, muslin kompresami szpitalnymi dawnego autoramentu itd., ten może przyjść do fałszywych wniosków o skuteczności metody antyseptycznej. Bieda — to jest główna przeszkoda tamująca wprowadzenie opatrunków listerowskich u nas. Szpitale mają tak małe na tę rubrykę etaty rozchodów, że z góry o antyseptycznym opatrywaniu nie może być mowy. Jest to piekająca sprawa, która powinna przyjść pod obrady kół, rządzących szpitalami. Szczególniej rozpoczynający chirurg powinien raczej szafować szczerze materyjałem, niż go oszczedzać, gdyż w ten sposób uda mu się nieraz pokryć błędy wykonania, zależące od braku wprawy.

Pominałbym jeden ważny punkt, gdybym przemilczał o stosunku nowej metody do ostrożności i wybornej techniki chirurgii dawniejszej. Wiadomo, że chirurgija dawniejsza, a zwłaszcza francuzka, celowała mistrzowską techniką, dochodzącą u niektórych chirurgów do wirtuozostwa. Przypominam sobie anegdotę, opowiadaną o jakimś angliku, który słysząc o szybkości, z jaką operował pewien chirurg, umyślnie przyjechał, aby zobaczyć go operującego. Jakoż miano robić amputację, wniesiono chorego, a zanim anglik założył okulary, już operacja była skończona. Nie ulega wątpliwości, że nowa metoda do pewnego stopnia pozwala nam operować wolniej i pomijać niektóre skrupuły starej chirurgii — lecz nigdy chirurg antyseptyczny bezpotrzebnie nie będzie brawował, nie przetnie tętnicy lub żyły dla tego, że ją może podwiązać, lub nie otworzy jamy ciała, jeśli do tego nie ma wskazania. Nieprzychylni dla nowej metody skrzętnie notowali fakty podobnej karygodnej nieogledności, lub niewłaściwej brawury; lecz zarzuty tej kategorii (np. odezwanie się prof. Spence'a z przekazem o Lister'ze) nie dosięgają nowej metody. Chirurgija antyseptyczna korzysta całkowicie z doświadczenia dawniejszego, pomimo zasady, że nie igra się z życiem ludzkim.

Z kwestyją zastosowania u nas opatrunku antyseptycznego wiąże się ściśle reforma higieny szpitalnej. Pierwsza może dopiero stanąć pewną nogą na drugiej. Gdzie nie ma podwalin, tam nie ma co roić o filigranowych przystaw-



kach. Co pomoże kwas karbolowy i muślin listerowski tam, gdzie wentylacyi nie ma żadnej, wychodki w stanie *horribille dictu*, gdy w nocy w powietrzu na sali możnaby, jak obrazowo lud się wyraża: „siekierę zawiesić“, gdzie posługa ciemna i niewdrożona. Nie należy łudzić siebie i innych. Lepiej trzeźwo przyznać się, że nie można było zastosować opatrunku przeciwnilnego, niż podawać bałamutne sprawozdania o nieskuteczności mniemanego opatrunku Lister'a. Rozmaite urządzenia, obowiązujące w szpitalach, są—z punktu postępowania antyseptycznego—niegodziwe. Chirurg, którego los operowanych obchodzi, z rozpaczą załamuje ręce, gdy widzi, że do jego oddziału ze świeżymi ranami wnoszą chorego z różą przy wrzodzie goleni, lub z rakiem rozpadającym się odbytnicy i t. d. Kiedyż doczekamy się bardziej odpowiedniego segregowania chorych?

Jest jeden poważny zarzut, który robią przeciwnicy i nawet zwolennicy opatrunku przeciwnilnego, a mianowicie niebezpieczeństwo zatrucia kwasem karbolowym. Trudno lekceważyć go sobie, gdy się we własnej praktyce widziało smutne następstwa; a niebezpieczeństwo to tem jest większe, im ktoś energiczniej a ściślej postępuje antyseptycznie. Nie jest to jednak zarzut nie do odparcia. Każdy środek skuteczny a niezawodny jest zarazem niebezpiecznym poza pewnemi granicami; ostrożność i dobre rachowanie się z indywidualnością chorego uchronić może od zatrucia, grożącego życiu.

Może znajdują się tacy, co nieprzeliczone modyfikacje, wprowadzane niestannie, zechcą uważać jako dowód chwiejności całej metody. Fenol, kwas borny, tymol, chlorek cynku, octan glinu — muślin, juta, wata, makintosh, papier kauczukowy, firniss-papier, — katgut, jedwab, paski aorty, ścięgnię darte do podwiązywania naczyń, — silk-protective, — wszystko to mniej lub więcej udatne, tańsze lub droższe modyfikacje jednej i tej samej metody. „Środki antyseptyczne — mówi Bardeleben (47) są mnogie, a ich liczba prawdopodobnie się zwiększy; rodzaje zastosowania również są liczne i jeszcze bardziej mogą się urozmaicać, lecz metoda przeciwnilna pozostaje jedną pośród wszystkich modyfikacyj; ma ona zawsze na celu pozostawić ranę samej sobie (*to be let alone*) i nie dopuścić do niej żadnych szkodliwości“. Tak jak każdy wynalazek, ulepsz i ona musi ciąglemu doskonaleniu, nieprzerwanej substytucyi. Do dziś dnia my uważamy typowy oryginalny opatrunek Lister'a za najlepszy; być może, iż z czasem zmieni się do szczętu lecz zasady kierujące pozostaną — a imię człowieka, co działał dla cierpiących i nędzarzy nie zaginie — póki dobroczyńcy ludzkości będą mieć prawo do jej wdzięczności.

Nie możemy zamknąć tej pracy, nie przemówiwszy do Czytelnika w osobnym interesie. Nie ma ta praca na celu studyjów samodzielnych, bo autor ich nie robił, ani pretensyi do wyczerpania przedmiotu bo to było nad jego siły, ani przedstawienia zaokrąglonego obrazu, bo rzut oka na pracę wykazuje dostatecznie, jak jest nieorganicznie pozlepianą; lecz podejmując ją, miałem na celu wywołać ruch myśli u nas w przedmiocie, który przebiegł całą Europę, nie wyłączając żadnego kraju, wywołać reformę tego fatalnego stanu, w jakim się opatrywanie ran u nas powszechnie — nie tylko na prowincyi — lecz i w Warszawie znajduje; nie dość na tem, że pierwszy opatrunek ran spoczywa



często w ręku felczerów. istnieją szpitale, gdzie lekarz powierza operacje felczerowi, nie mówiąc już o opatrywaniu ran. Czyżby u nas przetrwał dotychczas ten średniowieczny przesąd, że jedynie godna lekarza rzecz — to recepta!

\* \* \*

#### Źródła, cytowane w ciągu niniejszej pracy:

- (1) Max Schede. Allgemeines ueber Amputationen und Exarticulationen. Handbuch der allg. und spec. Chir. Billroth u. Pitha.
- (2) Bruns. Fort mit dem Spray. Berl. klin. Wochschr. 1880. N. 43.
- (3) Frisch. Ueber Desinfection von Seide und Schwämmen zu Chirurgischen Zwecken. Arch. f. kl. Chir. XXIV 749.
- (4) Neuber. Ueber die Veränderungen decalcinirter Knochenröhren in Weichtheilswunden und fernem Mittheilungen über den antiseptischen Dauerverband. Langenbeck's Archiv XXV Band str. 116—139.
- (5) Trendelenburg. Ueber die Bedeutung des Spray für die antiseptische Wundbehandlung. Arch. f. kl. Chir. XXIX. 779.
- (6) Mikulicz. Zur Sprayfrage. Arch. f. kl. Chir. XXV. str. 707—751.
- (7) Nussbaum. Leitfaden zur antiseptischen Wundbehandlung. 3 Ausgabe. 1879. str. 114.
- (8) Beck. Ueber Schussfracturen des Oberschenkels. Arch. f. klin. Chir. XXIV str. 1—55.
- (9) Dumreicher. Streszczenie w Centralblatt für Chirurgie 1880. str. 274.
- (10) Sachse. Bemerkungen über permanente Irrigation mit essigsaurer Thonerde, über Chlorzinkjute-Verbände und ueber das Wunderysipel.
- (11) Nussbaum. Einfluss der Antiseptik auf die gerichtliche Medicin. streszczenie w Centralblatt f. Chir. 1880. 377.
- (12) Koenig. Centralblatt f. Chir. 1880. str. 490.
- (13) Hueter. Grundriss der Chirurgie. 1880. str. od 1 - 51. i od 189—262.
- (14) Wernich. Grundriss der Desinfectionslehre. 1880. str. 232—237.
- (15) Cohnheim. Vorlesungen ueber allgemeine Pathologie. Tom I. 241—257.
- (16) Genzmer und Volkman. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 121.
- (17) Edelberg. Klinische und experimentelle Untersuchungen ueber das Wundfieber bei antiseptischen Behandlung. Deutsche Zeitschrift für Chir. 1880. str. 62—112.
- (18) Eustache. L'ovariotomie en 1880. Archives de tocologie za Styczeń 1881.
- (19) Olshausen. Die krankheiten der Ovarien. str. 220 - 228. 1877.
- (20) Mikulicz. Ueber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomien. Archiv. f. klin. Chir. Tom. 26 str. 111—150.
- (21) Trendelenburg. Ueber Drainage der Blase nach dem Steinschnitt, insbesondere nach dem hohen Steinschnitt. Berl. klin. Wochenschrift. N. 1. 1881.
- (22) Langenbuch. Lithotomie und Antiseptik. Archiv f. klin. Chir. 1881. Tom 26. str. 28—60.
- (23) Hans Buchner. Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten. München 1881. Ueber die Wirkungen der Spaltpilze im dem lebenden Koerper.
- (24) Schmidt's Jahrbücher. 1879. Tom 182. str. 164.



- (25) Malgaigne-Lefort. Manuel de Médecine opératoire. 1877; str. 489.
- (26) William Savorv. On the prevention of blood poisoning in the practice of surgery. Britisch Medical Journal. 1779. T. II str. 210.
- (27) Es march. Die krankheiten des Mastdarmes. Str. 168.
- (28) Watson-Cheyne. Statistical report of all operations performed on healthy joints in hospital practice by Mr Lister from September 1871, to the present time, together with such accidental wounds of joints as occurred during the same period. Britisch Med. Journal. 1879. T. II, str. 859—864.
- (29) Messenger Bradley. The prevention of blood-poisoning. Britisch Med. Journal T. II. 1879. str. 446.
- (30) William Thomson. Blood-poisoning and antiseptics. Brit. Med. Journal Tom II. 1879. 446.
- (31) Britisch Med. Journal. Nr. z 20 Grudnia 1879, od Redakcyi, str. 992.
- (32) Meeting of the South London District of the Metropolitan Counties Brauch. held at St. Thomas—Hospital. Brit. Med. Journal. 1879. Tom II. str. 906—913 i 1000—1005.
- (33) Holmes. Antiseptic surgery and its statistics. Brit. M. Jour. 1880 N. z d. 3 Stycznia.
- (34) Britisch Medical Journal. 1879. Str. 942—3.
- (35) James Spence. Surgical Statistics. Brit M. Jour. 1880. Nr. 995.
- (36) Watson Cheyne. Prof. Spence on Surgical Statistics. Brit. Med. Jour. 1880. Nr. 998.
- (37) Joseph Lister. Mr. Spence on Surgical Statistics. Brit. Med. Journal. 1880. Nr. 998 i 999.
- (38) Surgical Statistics by James Spence professor of Surgery to the University of Edinburg. Brit. Med. Journal 1880 Nr. 1003.
- (39) Results of surgical treatment without antiseptics in the kilmarnock Infirmary; by John Mc. Vail. Brit. Med. Journal 1880. Nr. 1003.
- (40) The antiseptic theory tested by statistics of one hundred cases of succesful ovariotomy by Lawson Tait. Brit. Med. Journal. 1880. Nr. 998.
- (41) Szczegóły odnoszące się do listeryzmu we Francyi czerpane są głównie z Jahresbericht'ów Virchow'a za rok 1879.
- (42) Verneuil. Mémoires de chirurgie. T. II. 1880. str. 283—288—294, 433—464.
- (43) Dictionnaire encyclopédique, Dechambre'a artykuł: „gastrotomie“.
- (44) Koch. Untersuchungen ueber die Aetiologie der Wundinfectionskrankheiten. 1878 r.
- (45) Gueterbock. Die neueren Methoden der Wundbehandlung. 1876.
- (46) Kroenlein. Beiträge zur Geschichte und Statistik der offenen und antiseptischen Wundbehandlung. 1875. Separat-Abdruck z Lang. Archiv.
- (47) Bardeleben. Ueber die Theorie der Wunden und die neueren Methoden der Wundbehandlung. 1878.



- (48) Just Lucas-Championnière. Chirurgie antiseptique.  
(49) Ueber die Lebensfähigkeit der Spaltpilze bei fehlendem Sauerstoff, w Beiträge zur Biologie der Spaltpilze, str. 9.

## DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

**127. Kadyi (z Krakowa). Kilka przypadków zboceń układu naczyniowego,** spostrzeżonych w pracowni anatomicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego, zostających pod kierownictwem prof D-ra Teichmana.

I. Serce, w którym do prawego przedsionka wchodzi cztery żyły główne (*venae cavae*); dwie górne i dwie dolne. Genezę tych zboceń wyczerpująco opracował W. Gruber, na podstawie historii rozwoju i danych, poczerpniętych z anatomii porównawczej. Otóż z badań tych wiadomo, że pierwotnie wzdłuż kręgosłupa przebiegają dwie żyły zasadnicze (*venae cardinales*), łączące się z żyłami szyjowymi (*venae jugulares primitivae*) i jako *Ductus Cuvieri* otwierają się do przedsionka wspólnego, a po skutecznym podziale na dwa przedsionki, do prawego; *ductus Cuvieri sinister* przyjmuje nadto żyły sercowe. Gdy się wytworzą żyły szyjowe wewnętrzne, *venae jugulares primitivae* stają się wtedy żyłami szyjowymi zewnętrznymi, a dolne ich końce żyłami szyjowymi wspólnymi, łączącymi się z żyłami kończyny górnej i kręgowymi; dwa pnie żyłne szyjowe wspólne komunikują ze sobą za pomocą gałęzi poprzecznej (*v. jugularis transversa*).

Przez zanik jednych a rozwój większy innych części tego zawiązku systematu żylnego, objaśnić można jak normalny tak i nieprawidłowy układ żył.

U człowieka w zwykłych warunkach zanika lewy *ductus Cuvieri*, oprócz jego końca, stanowiącego *sinus coronarius* (*sinus venarum cardiacarum* podług Grubera); górna część *venae cardinalis sinistrae*, zamienia się na *v. intercostalem supremam sinistram*, a dolna na *v. hermiazygos accessoria*. Żyła szyjowa wspólna i podobojczykowa strony lewej, łączą się ze sobą i za pośrednictwem żyły szyjowej poprzecznej, znacznie już rozwiniętej, przechodzą na prawą stronę, jako *vena anonyma sinistra*, też same dwie żyły strony prawej tworzą *venam anonymam dextram*, a ze zlania się obu żył bezimiennych powstaje żyła główna górna, której końcem jest *ductus Cuvieri dexter*. Żyła zasadnicza prawa pozostaje jako *vena azygos*.

Gdy i *ductus Cuvieri sinister* pozostaje drożnym, w takim razie mamy drugą żyłę, wpadającą wprost do lewej części przedsionka prawego — *vena cava superior sinistra*, zaś żyła szyjowa poprzeczna zanika, albo też pozostaje jako bardzo cienka gałązka, anastomozująca dwie żyły główne górne.

Podobny przypadek podaje K. i podług jego obliczeń jest to już 40 z kolei. Anomaliję tę obserwował autor na zwłokach 70-letniej kobiety: żyła główna górna prawa, powstała z połączenia żyły szyjowej i podobojczykowej strony odpowiedniej, idzie na dół i prostopadle, do klatki piersiowej, zbacza dalej ku tyłowi po za aortę i wpada do przedsionka prawego, tuż przy jego uszku. W żyłę tej K. nie mógł znaleźć otworu dla *vena azygos*. Żyła główna górna lewa powstała również z połączenia odpowiednich żył, szyjowej i podobojczykowej, przechodzi przed łukiem aorty i wnęką lewego płuca, i wpada do lewej części prawego przedsionka, gdzie ujście tej żyły od reszty ściany przedsionka (na powierzchni wewnętrznej) jest odgraniczone rąbkami pierścieniowatym. Do żyły tej na 5 centymetrów powyżej jej ujścia wpada pień żylny, o średnicy 8—9 milim., przebiegający wzdłuż aorty i po lewej jej stronie i razem z nią zagina się naprzód



ponad prawem oskrzelem. Podług autora jest to niewątpliwie *vena azygos*, która zamiast po prawej przebiegała po lewej stronie kręgosłupa.

Jednocześnie i prawy przedsionek, przyjmując dwie żyły główne górne, staje się nie tylko obszerniejszym, ale nadto przybiera kształt półksiężycowaty, obejmując od tyłu i dołu lewy przedsionek i początek aorty.

Do przedsionka prawego wchodzi prócz tego dwie jeszcze żyły; jedna, 2 centymetry w średnicy mająca, przebija dolną ścianę w środku — jest to właściwa *vena cava inferior*, przebiegająca zupełnie prawidłowo, drugi zaś pień 1 ctm. gruby, z którym jest połączony zarosnięty *ductus venosus Arantii*, powstaje z gałązek żył wątrobowych, wychodzących z lewego płata w *sulcus longitudinalis sinister* przy tępych brzegu wątroby. Żyła ta, *vena cava inferior accessoria* przechodzi przez oddzielny otwór w przeponie, po lewej stronie właściwej żyły głównej dolnej i po tejże stronie otwiera się do przedsionka prawego; wewnątrz ostatniego ujścia tych dwóch żył są rozgraniczone pasmem mięsistym, szerokiem na 4 milim. Co do wnętrza przedsionka prawego, to prócz rąbka przy ujściu lewej żyły głównej górnej na tylnej jego ścianie znajduje się fałda sierpowata wyraźna, choć niska, poczynająca się od *fossa ovalis* i idąca na dół ku przestrzeni, zawartej między otworami żył dolnych. Fałda ta dzieli przedsionek i lewą — dodatkową. W ostatniej oprócz otworów żył głównych lewych, górnej i dolnej, znajduje się na 2 centymetry poniżej otworu lewej żyły głównej górnej otwór *venae coronariae magnae*, do której wpada blisko jej ujścia *vena marginalis sinistra*. Dla tego też dla K. jest rzeczą niewątpliwą, że ta część przedsionka jest tylko znacznie rozrosłą zatoką żył sercowych, przyjmującą i żyły główne lewe.

Co się tyczy sposobu powstawania anomalij, o których mowa, to istnienie dwóch żył głównych górnych bardzo łatwo objaśniają nam przytoczone powyżej dane z historii rozwoju; daleko trudniejszym jest wyjaśnienie zdwojenia żyły głównej dolnej — autor kładzie tylko nacisk na to: 1) że samodzielna żyła wątrobowa, wyglądająca jakby *vena cava inferior accessoria sinistra*, łączy się z *ductus venosus Arantii*, którego zdaje się być przedłużeniem, i 2) że żyła ta wpada nie do właściwego przedsionka prawego, lecz do zatoki żył sercowych.

II. Niezwykle łączenie się żył, tworzących w okolicy lędźwiowej żyłę główną dolną (*vena cava inferior*). Na zwłokach 30-letniej kobiety znalazł K. co następuje: żyły podbrzuszne (*venae hypogastricae*) anastomozują z sobą za pomocą gałęzi grubej na 2—3 milim. Żyła podbrzuszna prawa łączy się nieco niżej aniżeli zwykle z żyłą biodrową zewnętrzną (*vena iliaca externa*), tworząc żyłę biodrową wspólną (*vena iliaca communis*). Nadto *vena hypogastrica dextra* oddaje kilka gałązek, łączących się w jeden na 3 milim. gruby pień, który wpada do żyły biodrowej wspólnej prawej, na wysokości spojenia 4 z 5 kręgiem lędźwiowym. Lewa żyła podbrzuszna przy kości ogonowej dzieli się na dwie prawie jednakowe gałęzie, z których każda grubszą jest jednak od samego pnia; gałąź zewnętrzna łączy się z lewą żyłą biodrową zewnętrzną na wysokości *promontorium* i z boku, gałąź zaś wewnętrzna przebiega ku górze, ukośnie przed kręgosłupem i na wysokości czwartego kręgu lędźwiowego łączy się z prawą żyłą biodrową wspólną, tworząc właściwą (prawostronną) żyłę główną dolną, 2 centymetry w średnicy mającą.

Tymczasem lewa żyła biodrowa wspólna, 12 milim. gruba, przebiega po lewej stronie kręgosłupa i aorty, jak gdyby lewa żyła główna dolna.

Na wysokości chrząstki międzykręgowej, pomiędzy 2 i 3 kręgiem lędźwiowym, *vena iliaca communis sinistra* łączy się z grubą żyłą nerkową lewą, przez co powstaje pień, 2 centym. w średnicy mający, a który idzie skośnie przed aortą i łączy się z prawą żyłą biodrową wspólną na pierwszym kręgu lędźwiowym. W ten sposób pojedyncza, właściwa żyła główna dolna jest bardzo krótka.



Z tego samego miejsca, gdzie powstało ostateczne zlanie się tych żył w żyłę główną dolną, odchodzi po prawej stronie mała gałązka żylna na 3 milim. gruba — *vena spermatica interna* — oddająca ze swej strony bardzo cienką gałązkę, gubiącą się w tłuszczu po prawej stronie kręgosłupa. Jest ona, zdaniem autora, pozostałością albo równoważnikiem prawej żyły nerkowej, przy wrodzonym braku prawej nerki.

K. uważa tę anomaliję za stan przejściowy do zupełnego zdwojenia żyły głównej dolnej w okolicy łądźwiowej.

Co się zaś tyczy objaśnienia tej nieprawidłowości, to po wzmiance o teoryi Merkel'a i Stark'a, K. bardzo jasno wyklada swój na tę sprawę pogląd, o którym chcąc Czytelnikowi dać dokładne pojęcie musielibyśmy go w całości wraz z rysunkiem zreprodukować. Dla tego też, odsyłając interesującego się tym przedmiotem Czytelnika do oryginału, wspomnimy tylko, że, podług autora, do wytworzenia tej nieprawidłowości przyczynia się głównie obustronnie istniejące podwójne połączenie każdej żyły podbrzuszej z większymi żyłami, dążącemi do żyły głównej.

III. Przypadek niekłej tętnicy szprychowej (*art. radialis*), której rozgałęzienia na ręce zastępuje tętnica międzykostna. Jest to jedna z rzadszych nieprawidłowości, których dotychczas zaledwie kilkanaście opisano. K. zgodnie z W. Gruberem rozróżnia trzy stopnie tej anomalii: 1) *arteria radialis* przebiega przez całe przedramię jako cienkie naczynie, a przy wyrostku rylcowym kości promieniowej łączy się z grubszą tętnicą, najczęściej międzykostną. Anomaliję taką obserwowano na 13 kończynach; 2) tętnica ta w przegubie łokciowym oddaje gałązkę wsteczną promieniową (*art. recurrens radialis*) i jest tak cienką, że po oddaniu gałęzi mięśniowych, w dolnej części przedramienia brak jej zupełnie i zastępuje ją tętnica międzykostna. Przypadków takich dokładnie opisanych jest 4; 3) zupełny brak tętnicy promieniowej widziano tylko na zwłokach dwóch osób. W takim razie tętnica ramieniowa daje *art. recurrentem radialem*, a tętnica międzykostna zastępuje tętnicę promieniową na przedramieniu i ręce.

W przypadku K. poniżej linii stawowej przegubu łokciowego tętnica ramieniowa oddaje na  $1\frac{1}{2}$  milim. grubą *art. recurrentem radialem*, a na 1 centym. poniżej odchodzi również cienka tętniczka — *art. radialis*, wtedy to główny pień tętnicy wchodzi w głąb przegubu i dzieli się tam na tętnicę łokciową i międzykostną. Tętnica promieniowa zaraz na początku swojego przebiegu oddaje gałązki dla mięśni: wyrotnego (*supinator longus*) i promieniowych, wskutek czego staje się o połowę cieńszą ( $\frac{1}{4}$  milim.) i rozmiar ten zachowuje już aż do samego końca kości promieniowej, w tem miejscu wpada ona do tętnicy  $2\frac{1}{2}$  milim. grubej, a będącej przedłużeniem tętnicy międzykostnej. Ta ostatnia, znacznej grubości, przebiega pod mięśniem nawrotnym czworokątym (*pronator quadratus*) i ukazując się znów u dolnego jego brzegu, idzie poprzecznie ku tętnicy promieniowej, z którą się łączy. Dalszy jej przebieg jest jak tętnicy promieniowej — przechodzi pod ścięgnami mięśni: *abductor longus* i *extensor pollicis brevis*, na grzbiet ręki i oddaje tętnicę oboczną palucha i gałąź dla łuku głębokiego; łuk dłoniowy powierzchowny pochodzi wyłącznie od tętnicy łokciowej.

W końcu autor zwraca uwagę na jedną okoliczność, przez nikogo jeszcze należycie nie uwzględnioną, mianowicie, że zastępstwo tętnicy promieniowej przez międzykostną już normalnie jest przygotowane, gdyż obie te tętnice łączą się ze sobą za pomocą małej poprzecznej gałązki, należącej do gałęzi końcowych tętnicy międzykostnej, tworzących *rete carpi volare*. Gdy więc tętnica promieniowa jest słabo rozwinięta, gałązka ta może przybrać znaczne rozmiary.

IV. Niezwykły przebieg tętnicy językowej. Naczynie to zwykle odchodzi od tętnicy dotwarzowej (*art. carotis externa*), idzie ponad



wielkim rozkiem kości gnykowej i po za tylnym brzegiem mięśnia gnykojęzykowego, pokrywającego ją następnie na całym przebiegu. Bywa jednakże i tak, że tętnica leży na zewnętrznej powierzchni tego mięśnia. Przypadek taki autor widział wraz z *Zuckerkandlem* w Wiedniu, a w Krakowie na 216 preperowanych zwłok dwie podobne postrzegał anomalije.

W jednym z tych dwóch przypadków prawa tętnica językowa z tarczową górną odchodziły pniem wspólnym, długim na 1 ctm. i idącym równolegle poniżej wielkiego rogu kości gnykowej. Dalej tętnica tarczowa odbiega ku dołowi, a językowa poziomo. Lecz wkrótce ostatnia tworzy pętlicę, 2 ctm. długą, poniżej kości gnykowej; przednio-górna jej część idzie ku górze, układając się na zewnętrznej powierzchni mięśnia gnykojęzykowego, przykryta mięśniami *biventer* i *stylo hyoideus*, i dopiero blisko przedniego brzegu mięśnia gnykojęzykowego wnika do mięszu języka. W podobnym więc przypadku tętnica językowa nie znajduje się powyżej tylnej połowy różka kości gnykowej.

(*Osobne odbicie z Rozpraw Wydz. matem. przyr. Akad. umiej. Tom VIII. Kraków. 1881 r.*)  
A. Elsenberg.

**123. J. Oidtmann. Nowy sposób wprowadzania powietrza do ucha średniego.** Sposób ten, który autor wypróbował na sobie samym, zaleca się swoją prostotą i skutecznością działania, może być polecanym chorem inteligentniejszym, u których koniecznem jest częstsze przedmuchiwanie ucha średniego. Sposób ten jest następujący: chory bierze w usta — tak jak przy sposobie *Politzeera*, nieco wody, i dokonywa doświadczenie *Valsalwy*, t. j. przy zamkniętych ustach i nosie, robi silne ruchy wydechowe. Utrzymując ciągle ten stan wydechowy i zwiększając skutkiem tego ciśnienie powietrza w jamie nosowo-gardzielowej, chory przechyla głowę w tył skutkiem czego woda wpływa do gardzieli, wywołuje tam zwrotne ruchy polykowe, trąbki *Eustachijusza* otwierają się i część ściśnionego powietrza wnika do jamy bębenkowej. Wszystkie te manipulacyje nie trwają dłużej nad kilka sekund i nadszpiegowanie łatwo jest dokonać aktu polykania jednocześnie z doświadczeniem *Valsalwy*.

Że sposób ten działa skutecznie przekonał się autor na sobie samym, gdyż przy jego użyciu uchu słychano powietrze przechodzące do jamy bębenkowej, a zaraz po zastosowaniu tego sposobu słuch znacznie się poprawił, i uderzenia zegarka kieszonkowego, które słyszał przedtem na pół cala, słyszane były następnie w odległości 4-ch cali.

(*Der praktische Arzt. Nr. 7. 1881.*)

E. Modrzejewski.

(Sposób ten zasługuje na uwagę i rozpowszechnienie, gdyż nie wymagając żadnych przyrządów jest niezmiernie łatwy w zastosowaniu, o czem każdy na sobie samym przekonać się może, przyniesie niewątpliwy pożytek w niektórych cierpieniach usznych. Częstsze stosowanie tego sposobu przez samego chorego, usuwając złości pozapalne z trąbki *Eustachijusza* i jamy bębenkowej, może się przyczynić do szybszego wyleczenia, a co najważniejsza sposób ten daje choremu, cierpiącemu na długotrwały katar ucha średniego, możność pozbycia się w każdej chwili nieprzyjemnego uczucia zatkania przewodu słuchowego i sprowadzenia skutkiem tego chociaż krótkotrwałej poprawy (słuchu).

(*Prz. Spr.*)

**129. Fischer. Udušenje się prymką (*Kautabak*) podczas chloroformowania.** 58-letniego chorego, który dnia poprzedzającego wskutek upadnięcia, spowodował sobie podwójne otwarte złamanie goleni, chloroformowano w sali operacyjnej w celu opatrzenia i unieruchomienia kończyny. Twarz chorego była nieco zaczerwienioną, ręce drżały, czego zinnem nie można było objaśnić, gdyż chory po przyniesieniu do szpitala już z dobrą godzinę przeleżał w ciepłym pokoju. Z wywiadów dowiedziano się, że chory lubił pić. Podczas chloroformowania kazano leczyć choremu, ale zaledwie doszedł do 7 nastąpiło silne pobudzenie, chory zaczął wywijać rękami i nogami, tak, że go musiano siłą utrzymać. Gdy po obmyciu nogi operator spojrział na chorego, zobaczył, że twarz była siną i brakło oddechu. W tej chwili usunięto chloroform, otworzono szczękę, wyciągnięto język, zastosowano sztuczne oddechanie, strumień indukcyjny, ale pomimo tego wszystkiego a wreszcie i tracheotomii chory nie został przywrócony do życia. W jamie ustnej i w gardzieli nie znaleziono ani śluzu, ani szczątków pokarmu.



Trudno było objaśnić przyczynę śmierci. Chloroformu użyto niewięcej nad 15 grm., chloroform był dobry, gdyż tego samego rana chloroformowano nim dwóch innych chorych, zresztą był potem podany co do swej dobroci rozbiorowi chemicznemu. Pokój przed wniesieniem chorego był dobrze przewietrzonym. Dopiero sekcya wszystko wyjaśniła. Na strunach głosowych leżał kawałek prymki, długości 2,5 ctm., szerokości 1 ctm., który jak korek zatykał szparę głosową.

(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir. T. 15.*)

*Jawdyński.*

(Przypadek ten poucza, z jaką troskliwością powinno się przed chloroformowaniem obejrzeć usta i gardziel chorego, czyli się tam nie znajdzie jakiegoś ciała obcego, co szczególnie u dzieci w ambulatoryjnej praktyce bardzo często się zdarza.)

(*Prz. Spr.*)

**130. J. Sawyer z Bringham.** O leczeniu białkomoczu za pomocą fuchsyny. Bouchut pierwszy skutecznie przepisywał fuchsynę przy chronicznym białkomoczu z ogólnym obrzękiem. U jego chorych, leczonych w ten sposób, ilość białka w moczu prędko się zmniejszała, a po 1 do 6 miesięcy nikła zupełnie. Dziennie podawano tego środka od 10, 20 do 25 centigrammów. Jednocześnie zalecano choremu dyjetę mleczną i u niektórych, dla wzbudzenia transpiracji skórnej, stosowano jeszcze obwijania w przejęte parami benzoiny płaty płócienne. Ten sposób postępowania, nawet u dzieci w wieku od lat 3 do 14, okazał się bardzo pomocny, jak to potwierdzili Bergeron, Clognet i Feltz.

Sawyer, opierając się na powyższem, zalecał fuchsynę we wszystkich przypadkach białkomoczu z wyjątkiem tych, które były rezultatem biernego zastojów w nerkach. Podawał ją zwykle w ilości jednego grana (0,07) trzy razy dziennie. Rezultaty miał otrzymywać za pomocą takiego leczenia lepsze, niż w jakikolwiek inny sposób.

Po przyjęciu jej do wewnątrz fuchsyna po większej części wydziela się z moczem, który skutkiem tego otrzymuje różowo-czerwoną barwę. Tak samo bywa niekiedy i kał zabarwiony. Aby uniknąć nieprzyjemnego zabarwienia błony śluzowej warg i jamy ustnej, jakie bywa po braniu mikstur, Sawyer podaje ją w pigułkach z *extr. gentianae* i jeżeli jest wskazanie po temu, z *ferrum carbon.* lub z *ferrum dialysatum.*

(*The Practitioner z 1881. Nr. 151*, także w *Wiener med. Wochenschrift z 1881. Nr. 32, pg. 924.*)

*D-r E. Przewoński.*

## WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— Professor anatomii patologicznej w Tubingdze, D-r v Schüppel, umarł dnia 23 Siernia 1881 w Szwajcaryi.

— Podług „Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte“ liczba kobiet uczących się medycyny w szwajcarskich uniwersytetach ciągle się zmniejsza. W półroczu zimowem 1879/80 było ich 55 (to jest 10,8% wszystkich uczących się medycyny w Szwajcaryi). W letnim półroczu 1880 było ich tylko 44 (to jest 8,4%). W zimowem półroczu 1880/81 r. liczba ich spadła na 40 (7,6%), w letnim półroczu 1881 tylko 36 (7,2%). Z tych 36 kobiet uczyło się: w Bernie 21, w Zürich 8 i w Genewie 7.

## ODPOWIEDŹ OD REDAKCYI.

„Jednemu z lekarzy—J. B.“— Szanownemu Kolledze zwracamy uwagę, że we wszystkich Redakcyjach przyjętem jest za zasadę, iż nie drukuje się listów bezimiennych. Zresztą, naszym zdaniem, sprawa — o której Sz. Kolega pisze — została już zakończoną zupełnem odwołaniem pierwotnego fałszywego zbyt pośpiesznego doniesienia, w tem samym piśmie, które je podało.

**Na pomnik Mickiewicza** złożyli: D-r Czajko, z Parycz, gub. Mińskiej rs. 3. — D-r Gliński, z Sekuran, gub. Bessarabskiej, rs. 5 — Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 341 kop. 30 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. **St. Kondratowicz.**

Redaktor odpowiedzialny Dr. **Wł. Gajkiewicz.**

Дозволено Цензурою. Варшава 2 Сентября 1881 г. Друк К. Ковалевського, Królewska Nr. 23.